Recebi uma Declaração de Informação da Vacina e compreendo as informações sobre o **Vírus do Papiloma Humano** (HPV) e a vacina HPV. Compreendo os benefícios e os riscos da vacina HPV. Autorizo a minha filha adolescente a receber a vacina. Compreendo que são necessárias três doses para uma protecção total. Esta vacina destina-se actualmente a jovens do sexo feminino.

Escreva os seus Dados Pessoais em Maiúsculas em Baixo:

			/ /
APELIDO	**NOME COMPLETO**	**DATA DE NASCIMENTO:**	**MES/DIA/ANO**

MORADA	**APT #**	**CIDADE**	**ESTADO**	**CODIGO POSTAL**

ESCOLA FREQUENTADA

Escreva os seus Dados Pessoais em Maiúsculas em Baixo:

O SEU N.º DE TELEFONE DURANTE O DIA:_____

ESCREVA O SEU NOME EM MAIÚSCULAS:_____

ASSINATURA DO PAI, MÃE OU TUTOR **DATA**

Vaccinate *before you* **Graduate**

Vacina-te Antes de te Graduares